



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL ESTADO DE MISSOURI  
 DIVISION DE SERVICIOS FAMILIARES DEL ESTADO DE MISSOURI  
**REINVESTIGACION DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**

LLENE EL FORMULARIO Y  
 ETREGUE ANTES DEL

**INSTRUCCIONES:** Por favor lea cada pregunta con cuidado antes de contestarla. Las respuestas que usted dé se utilizarán para establecer si cumple con los requisitos para recibir ayuda médica o económica. Un amigo o pariente le puede ayudar a llenar el formulario. si necesita cualquier ayuda en llenar el formulario, o si hubiera preguntas que usted no entendiera, por favor comuníquese al coordinador de su caso. Usted deberá responder a todas las preguntas de manera completa y precisa. Es posible que se le exijan pruebas de sus declaraciones. USE TINTA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO.

<b>A. DIRECCION Y NUMERO DE TELEFONO</b>	NAME	DCN	CASELOAD NO.
DIRECCION ACTUAL (CALLE, ESTADO, CODIGO POSTAL)		OFFICE VISIT	MAILED OUT

NUMERO DE TELEFONO ACTUAL	OTRO(S) NUMERO(S) DE TELEFONO DONDE PUEDE SER CONTACTADO
---------------------------	--

**NO ESCRIBA EN EL ESPACIO DE COLOR GRIS DE ESTE FORMULARIO**

**B. ENUMERE EN LA SIGUIENTE LISTA TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR.**

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO	ES CUIDADANO DE LOS EE. UU. SÍ NO	ESTUDIOS REALIZADOS (TITULO O ULTIMO AÑO CURSADO)	NOMBRE DE LA ESCUELA A LA QUE ACTUALMENTE ASISTE

**COLLATERAL(S) STATEMENT:** Include name, address, phone no., date contacted, qualifications, and information received.

**DEPRIVED OF PARENTAL SUPPORT VERIFICATION:**  See collateral's statement  
 Other, explain below:

SI LE HACE FALTA ESPACIO PARA PROPORCIONAR INFORMACION SOBRE TODAS LAS PERSONAS QUE CONFORMAN SU HOGAR, CONTINUE LA LISTA EN UNA HOJA ADICIONAL Y DEVUELVA SELA CON ESTE FORMULARIO A SU COORDINADOR DE CASO.

- ¿Viven los dos padres de cualquiera de los niños dentro del hogar?  Sí  NO  
Si respondió que "sí", por favor explique la situación.
- ¿Si el padrastro o madrastra de sus niños vive con ustedes en el hogar, proporcionan ayuda económica para niños o pensión de divorcio?  Sí  NO  
Si respondió que "sí", por favor explique la situación.
- ¿Tiene usted información actualizada del padre o madre ausente?  Sí  NO  
Si respondió que "sí", por favor proporcione información detallada al respecto.

**DCSE COOPERATION NOT IN QUESTION:**   
**INCAPACITY:** Established by  MRT  Local  
 Decision date \_\_\_\_\_ Re-exam date \_\_\_\_\_

**CHILD(REN) IN HOME:**  See collateral's statement  Other, explain below:

**C. POR FAVOR PROPORCIONE LOS NOMBRES DE DOS PERSONAS que viven fuera de su hogar y que no sean parientes suyos que puedan verificar sus declaraciones.**

NOMBRE	NOMBRE
DIRECCION	DIRECCION
NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE TELEFONO

Is the IM-36 completed?   
**SCHOOL ATTENDANCE:**  NA  Verified  
**FUTURES** — Status Determined   
**CITIZENSHIP:** If alien, verify current immigration status.  
**SOCIAL SECURITY NUMBER:**  
 All persons receiving Temporary Assistance have Soc. Sec. No.'s:  YES  NO  
 If No, enter date of referral and on whom: \_\_\_\_\_

D. EMPLEO										COUNTY USE ONLY			
1. ¿Cualquiera de las personas que viven en su hogar está empleado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió que "sí", proporcione la siguiente información:										IM-30 (IBCA) dated _____  <b>POTENTIAL ELIGIBILITY FOR RSDI/VA/UC, ETC.</b> EXPLORED: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO QMB: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Use of Benefits Not in Question: <input type="checkbox"/>			
NOMBRE DE LA PERSONA QUE TIENE EMPLEO		NOMBRE DE LA PERSONA O LA EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA			FECHA EN LA QUE FUE RECIBIDO EL CHEQUE	FECHA DEL CHEQUE	NUMERO DE HORAS TRABAJADAS	CANTIDAD RECIBIDA SIN DEDUCCIONES	PROPINAS O COMISIONES				
VALOR DEL SALARIO	POR PERIODO TRABAJADO		NUMERO DE TELEFONO DE LA PERSONA O LA EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA										
FECHA EN LA QUE FUE RECIBIDO EL CHEQUE	FECHA DEL CHEQUE	NUMERO DE HORAS TRABAJADAS	CANTIDAD RECIBIDA SIN DEDUCCIONES	PROPINAS O COMISIONES									
ADJUNTE A ESTE FORMULARIO COPIAS DE LOS TALONES DE LOS CHEQUES DE PAGO DE SUELDOS O SALARIOS POR LOS ULTIMOS DOS MESES/ENTEROS. SI NO ESTAN DISPONIBLES LOS TALONES DE LOS CHEQUES DE PAGO DE SUELDOS O SALARIOS, ADJUNTE UNA CARTA DE LA PERSONA O LA EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA VERIFICANDO LA INFORMACION ANTERIOR.													
2. ¿Usted espera que surja algún cambio en cuanto a la persona o empresa para la que trabaja, en cuanto al número de horas trabajado o en cuanto a los salarios recibidos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió que "sí", explique las razones.													
3. ¿Ha trabajado usted durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO Si respondió que "sí", cuántos meses estuvo empleado ▶													
NOMBRE DE LA ULTIMA EMPRESA PARA LA QUE TRABAJO					DIRECCION			NUMERO DE TELEFONO					
4. ¿Alguno de los miembros del hogar está haciendo planes de trabajar? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO Si respondió que "sí", ¿cuál de ellos y cuándo?													
5. ¿Alguno de los miembros del hogar es trabajador independiente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO Si respondió, que "sí", ¿cuál de ellos? También explique en qué consiste el trabajo:													
E. CUIDADO DE NIÑOS													
1. ¿Algún miembro de su hogar le paga a otra persona para que cuide a un niño o a un a persona enferma o incapacitada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO Si respondió que "sí", llene la información y adjunte recibos de los pagos.													
NOMBRE DE QUIEN RECIBE EL SERVICIO		¿QUIEN PRESTA EL SERVICIO? (NOMBRE, DIRECCION Y NUMERO DE TELEFONO)					FECHAS DE LOS PAGOS		CANTIDAD DE LOS PAGOS				
F. INGRESOS QUE NO SE DERIVAN DE UNA ACTIVIDAD REMUNERADA													
			SÍ	NO					SÍ	NO			
Seguridad Social (Jubilación)					Ingresos obtenidos del fondo de Pensiones de su Sindicato								
Pagos de SSI (Ingresos Suplementarios de Seguridad Social)					Ingresos por concepto de arreglos logrados con su Compañía de Seguros								
Pensión de Divorcio o Pagos por concepto de Ayuda Económica para Niños					Ingresos que se reciben por concepto de alquiler de propiedades								
Ayuda de dinero en efectivo de amigos o Parientes					Ingresos que se reciben por concepto de habitación y/o comida proporcionadas a otros miembros del hogar								
Subsidios o Ayudas para Veteranos					Pensión de las Fuerzas Armadas								
Indemnización por accidentes o enfermedades laborales					Ingresos que se reciben por concepto de Venta de Propiedades								
Compensación por desempleo					Intereses de cuentas de Cheques y de Ahorros								
Ayuda o Subsidio para Enfermos o Incapacitados					Cualquier otro ingreso (Describalo):								
Ingresos por medio de Programas de Capacitación Laboral													
¿Ha solicitado usted recientemente ayuda por medio de cualquiera de los Programas anteriores? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió que "sí", enumérelas.										PRIORITY: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Date(s): _____ Reasons: _____			

**G. RECURSOS:** Esta sección se aplica a todas las personas, incluyendo los niños, en nombre de los cuales usted solicita o recibe ayuda. Incluya el/la esposo/a, padres o padrastros (si es que viven en el hogar) de cualquier persona en nombre de la cual usted solicita o recibe ayuda.

1. Yo/nosotros tenemos el siguiente dinero en efectivo y valores	SÍ	NO	TITULAR DE LA CUENTA	SITIO DONDE SE ENCUENTRA	VALOR
a. Cuenta bancaria Números(s) de la(s) cuenta(s):					
b. Cuentas de ahorro, Certificados de Deposito Números(s) de la(s) cuenta(s):					
c. Ahorros o efectivo que tenga en la casa, en el bolsillo o al cuidado de otra persona.					
d. Acciones, bonos, u otras inversiones. ¿Cuántas tiene?					
e. Pagarés o hipotecas de los que usted sea el beneficiario (¿Alguien le debe a usted dinero?)					
f. Fideicomisos					
g. Bienes depositados en una cajilla de seguridad. (Diga en qué lugar se encuentra y qué contiene la cajilla.)					

2. Yo/nosotros tenemos los siguientes bienes personales	SÍ	NO	SITIO DONDE SE ENCUENTRA	VALOR	SALDO QUE SE DEBE
a. Muebles de hogar (que no estén en uso)					
b. Carro casa (mobile home)					
c. Joyería (aparte de anillo de matrimonio o de compromiso, relojes, y joyería fantasía)					
d. Equipo de oficina					
e. Maquinaria de agrícola					
f. Productos agrícolas: granos y productos alimenticios					
g. Animales					
h. Enumere cualquier otro bien o propiedad:					

i. Si algún miembro de su hogar es dueño de vehículo o está en proceso de comprar vehículo, anótelos en la siguiente lista (incluyendo carros, camiones, vans o combis, motocicletas, lanchas, vehículos para acampar, tractores u otros vehículos)

MARCA	MODELO	AÑO	DUEÑO	¿ESTA REGISTRADO?	VALOR	DEUDA SOBRE EL VEHICULO	¿PARA QUE SE USA EL VEHICULO?

3. Yo/nosotros estamos en proceso de comprar propiedad raíz o ya somos dueños de alguna propiedad raíz.  SÍ  NO

ESPECIFIQUE DE QUE CLASE DE PROPIEDAD SE TRATA Y EN QUE LUGAR SE ENCUENTRA	¿A FAVOR DE QUIEN ESTA LA HIPOTECA?	¿EL NUMERO DE LA CUENTA DEL PRESTAMO?	¿QUIEN ES EL TITULAR DE LA PROPIEDAD?	VALOR ACTUAL	SALDO DE LA DEUDA	CAPITAL AMORTIZADO	COMO SE USA (SE VIVE EN ELLA O SE LE TIENE ALQUILADA A OTRA PERSONA)

4. Yo/nosotros tenemos seguro de vida, seguro médico, Medicare o plan de servicios funerarios pre-pagado.  SÍ  NO Enumere las pólizas a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS Y NUMERO DE POLIZA	NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS Y NUMERO DE POLIZA

**H. SERVICIOS**

Si usted está embarazada o es madre de un niño lactante, o tiene niños menores de 5 años de edad, es posible que reúna los requisitos para los servicios del programa WIC. Este programa le puede proporcionar gratis lo siguiente: alimento en polvo para bebés, huevos, leche, queso y le puede ayudar a planear comidas saludables para usted y su familia. Me interesa este programa.  SÍ  NO

Me encuentro embarazada y me gustaría someterme a una evaluación de riesgos físicos y contar con los servicios de un coordinador de casos.  SÍ  NO

Me gustaría información acerca de la planificación familiar.  SÍ  NO

**COUNTY USE ONLY**

CASH AND SECURITIES:  NA

IM-7 Rec'd. \_\_\_\_\_ DATE Filed in Record

PERSONAL PROPERTY:  NA

REAL ESTATE:  NA

VEHICLES:  NA NADA/Blue Book

INSURANCE:  NA

IM-9 or Policy:  
IM-37 Completed/Reviewed/Updated \_\_\_\_\_ DATE

TPL-1 Completed/Updated & Sent \_\_\_\_\_ DATE

RESOURCES  
CONSIDERED

\$

SERVICE REFERRALS: Considered or Made

**POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACION CON CUIDADO Y FIRME AL FINAL DEL DOCUMENTO**

YO/NOSOTROS AUTORIZAMOS AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PARA QUE POR MEDIO DEL DIRECTOR DE SERVICIOS SOCIALES PARA QUE POR MEDIO DEL DIRECTOR DE SERVICIOS FAMILIARES O SUS REPRESENTANTES INVESTIGUE LOS HECHOS Y DECLARACIONES QUE HEMOS CONSIGNADO.

ENTIENDO que la autorización y aprobación de mi solicitud para recibir estas ayudas se basa en las afirmaciones y declaraciones hechas por mí en esta Declaración y Enumeración de Requisitos, y declaro también que las respuestas e información presentadas por mí en la misma son verdaderas, precisas y completas.

ENTIENDO que debo proporcionar mi número de tarjeta de Seguro Social (SSN) y el de todas las personas que soliciten ayuda o que ya la estén recibiendo por medio de los programas de Ayuda para Familias con Niños a su Cargo (AFDC) y/o Medicaid. Este constituye un requisito para poder solicitar ayuda por medio de estos programas. El número de seguro social se utiliza para determinar si se cumplen con los requisitos para el servicio solicitado y también para determinar el nivel del subsidio que se puede otorgar, para constatar la información suministrada, para prevenir la participación duplicada, y facilitar cambios masivos en los subsidios federales. (según la ley: Sección 1137, Social Security Act.) entre las agencias a las que se contactan para verificar la información en cuanto a sus ingresos y para constatar si reúne los requisitos para ser beneficiario de estas ayudas se encuentran: Social Security Administration, Internal Revenue Service, y Missouri Division of Employment Security. Parte de esta información podría ser obtenida mediante cotejo por computadora.

ENTIENDO que debo reportar todos los cambios que se produzcan en mi situación personalmente al coordinador de mi caso o a su supervisor, si estos afectaran las circunstancias declaradas en esta Declaración y Enumeración de Requisitos, sin importar lo que haya causado estos cambios.

ENTIENDO que estoy obligado a reportar tales cambios dentro de DIEZ DIAS, que tengo la obligación permanente de tales cambios en mi situación dentro de los DIEZ DIAS posteriores a que estos sucedan, y que no debo esperar hasta que se ponga en contacto conmigo el coordinador de mi caso para reportar estos cambios.

ENTIENDO que la ley prevé sanciones para toda persona que reciba subsidios que no le correspondan o a los que no tenga derecho por medio del programa de Ayuda a Familias con Niños a su Cargo.

ENTIENDO que cualquier aseveración falsa, declaración u ocultamiento de cualquier circunstancia o hecho real, total o parcialmente, me puede acarrear acciones penales o civiles.

YO/NOSOTROS ENTENDEMOS que debo/deben cooperar con Departamento de Servicios Sociales, el personal de la División de Servicios Familiares, el Departamento de Control de Calidad si mi caso fuera elegido para ser sometido a un examen minucioso.

YO/NOSOTROS ENTENDEMOS que si estoy/estamos solicitando o estoy/estamos recibiendo subsidios del programa Ayuda a Familias con Niños a su Cargo (AFDC) de la División de Servicios Familiares, al solicitar dicha ayuda, cedo al Estado de Missouri cualquiera y todos los derechos que me correspondan en cuanto a las ayudas médicas y las ayudas económicas vencidas, pendientes o futuras que se me pudieran otorgar y a los que tenga derecho en mi propio beneficio o a favor del niño o de los niños para los cuales estoy solicitando ayuda o para los que ya estén recibiendo tal ayuda. La cesión de estos derechos entrará en vigencia en el momento en el que se determine que cumplo con los requisitos para recibir y se mantendrá vigente durante todo el periodo en que reciba ayuda AFDC. Después de terminado este periodo, la cesión de derechos se mantendrá vigente en cuanto a las obligaciones que estén pendientes en el momento en que se deje de recibir los subsidios.

ENTIENDO que al solicitar ayuda del programa Medicaid (y cuando se determine que reúno los requisitos para recibir esa ayuda) para un niño que carezca del apoyo económico de sus padres, cedo todos los derechos a ayuda médica al Estado De Missouri y que debo cooperar en obtener ayuda médica para el niño. Tal cooperación puede incluir la identificación del padre o padres ausentes dando la información de que se disponga para ayudar a localizar al padre o los padres ausentes, o ayudando a establecer la paternidad, o a través de cualquiera otra medida que sea necesaria para obtener ayuda médica.

**EL COORDINADOR DE MI CASO ME AYUDO A LLENAR PARTE DE ESTE FORMULARIO.**  SÍ  NO MI SUSCRITA FIRMA CERTIFICA QUE TODAS LAS DECLARACIONES HECHAS EN ESTE FORMULARIO PARA LA REINVESTIGACION DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS SON VERDADERAS, PRECISAS Y COMPLETAS.

¿ALGUIEN ME AYUDO A LLENAR ESTE FORMULARIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI RESPONDIO QUE "SÍ", ESCRIBA EL NOMBRE DE QUIEN LE AYUDO.		FIRMA DEL SOLICITANTE <b>X</b> _____	DATE _____
TESTIGO (SI SE FIRMO CON UNA X)	TESTIGO (SI SE FIRMO CON UNA X)	FIRMA DEL ESPOSO/A (SI VIVE CON USTED) _____	DATE _____